

## ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR: O CUIDADO COM CRIANÇAS COM CÂNCER, FAMÍLIA E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Bruna Dias Oliveira<sup>1</sup>  
Raphaella Freitas Rosa<sup>2</sup>  
Roberta Ferrari Marback<sup>3</sup>

### Resumo

O presente artigo refere-se a uma revisão narrativa da literatura sobre a atuação da psicologia no contexto da onco-pediatria, abordando o acompanhamento ao paciente, família e equipe de saúde. Foram utilizadas referências do Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS SAÚDE) e Pepsic para a produção do artigo, tendo sido utilizados os seguintes termos de busca: Psicologia hospitalar, Câncer infantil, Pediatria, Família e Equipe multidisciplinar. Diante da revisão, foi observado que a psicologia no ambiente hospitalar é de extrema importância, atuando com o paciente, sua família e equipe de saúde, trabalhando o processo de aceitação do adoecimento e, em alguns casos, o luto. Assim, conclui-se que o profissional de psicologia deve estar presente e atuante diante do sofrimento psíquico instalado nesse contexto.

**Palavras-chave:** Psicologia Hospitalar; Câncer Infantil; Pediatria; Família e Equipe multidisciplinar.

### Abstract

This article refers to a narrative review of the literature on the performance of psychology in the context of onco-pediatrics, addressing the follow-up to the patient, family and health team. Reference was made to Scielo, Virtual Health Library (VHL) and Pepsic for the production of the article, using the following search terms: Hospital psychology, Childhood cancer, Pediatrics, Family and Multidisciplinary team. It was observed that psychology in the hospital environment is extremely important, working with the patient, his family and health team, working the process of acceptance of illness and, in some cases, mourning. Thus, it is concluded that the psychology professional must be present and active in the face of the psyche hic suffering context.

**Keywords:** Hospital psychology; Childhood cancer; Pediatrics; Family and Multidisciplinary team.

## INTRODUÇÃO

Câncer é a nomenclatura referida a mais de 100 doenças que têm crescimento desordenado das células e invadem várias partes do corpo humano, como tecidos e órgãos. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2018), há diversos tipos de câncer, um dos mais comuns é o câncer de pele, já que é a parte do corpo que agrega o maior número de células. Existem variadas nomenclaturas para os tipos de câncer que podem se formar no corpo, dentre eles o carcinoma, o câncer que tem início nos tecidos epiteliais; sarcoma, que se

---

<sup>1</sup> Bruna Dias Oliveira, Graduanda do décimo semestre do Curso de Psicologia na Universidade Salvador-UNIFACS. E-mail: [Brunadiasoliveira18@gmail.com](mailto:Brunadiasoliveira18@gmail.com)

<sup>2</sup> Raphaella Freitas Rosa, Graduanda do décimo semestre do Curso de Psicologia na Universidade Salvador-UNIFACS. E-mail: [Raphaella.frosa@gmail.com](mailto:Raphaella.frosa@gmail.com)

<sup>3</sup> Roberta Ferrari Marback, Psicóloga, Pós-Doutoranda pelo Serviço de Psiquiatria (UFBA), Doutora em Ciências pela USP, Especialista em Psicologia Hospitalar pela USP, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela WP (Porto Alegre). E-mail: [Roberta.marback@unifacs.br](mailto:Roberta.marback@unifacs.br)

originam nos tecidos conjuntivos, ossos, músculos ou cartilagem e existe também a metástase, tipo de câncer que multiplica as células e invade os tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

O surgimento do câncer pode ter causas internas ou externas ao organismo e estas podem estar ou não inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas à exposição ao meio ambiente e aos hábitos diários, como por exemplo, o câncer de pulmão, ocasionado pelo uso do cigarro. Como causa interna observa-se a predisposição genética. Portanto, nenhum desses elementos, por si só, fornecem uma explicação suficiente para o surgimento da doença, então é possível que as células interajam entre si e aumentem a probabilidade de uma célula normal se transformar em uma célula maligna (SILVA, AQUINO; SANTOS, 2008).

Segundo a última estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o ano de 2030, são esperados cerca de 27 milhões de casos de câncer incidentes, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com algum tipo neoplasia em todo o mundo (INCA 2015).

Diante dos diversos tipos de câncer que podem atingir crianças, adolescentes e adultos, existe uma maior prevalência da doença atingir crianças, comparado à população em geral. O câncer infantil atinge 10 em cada 1.000.000 crianças a cada ano em todo o mundo, portanto sabe-se que hoje dois terços desses casos são considerados curáveis, se o diagnóstico for precoce e se o tratamento for adequado para cada caso (VALLE E FRANÇOZO, 1999 apud MENEZES et al., 2007).

A oncologia infantil está vinculada a vários tipos de doenças que afetam o organismo e faz com que as células cresçam descontroladamente e se localizem em qualquer parte do corpo. A doença apresenta taxas de mortalidade significativas, porém depende do tipo, da extensão da doença, da idade da criança e da efetividade no tratamento (RIBEIRO, 1994 apud MENEZES et al., 2007).

Quando se refere ao câncer infantil, o diagnóstico é um desafio, principalmente para os pais que devem ficar atentos a todo o momento. Segundo Cavicchiolli, Menossie Lima (2007) observa-se que crianças ainda chegam a instituições para tratamento com a doença em estágio avançado, devido à desinformação de pais ou responsáveis, por não aceitação do diagnóstico de câncer, ou até mesmo pela manifestação do tumor, que na maioria das vezes pode ser confundido com doenças normais da infância.

A doença oncologica desorganiza a família, iniciando um processo de sofrimento antecipatório e desestruturação no contexto familiar, social e financeiro. O medo da morte, perdas físicas e psíquicas têm grande responsabilidade na quebra da rotina da família. Assim, o câncer infantil, suas conseqüências e tratamento têm grande impacto sobre a organização

familiar, pois a torna vulnerável ao sofrimento psíquico que não atinge somente a criança, como também seus cuidadores (LOPES; VALLE, 2001apud MENEZES et al., 2007).

No intuito de auxiliar no manejo do sofrimento psíquico da família e da criança, existe um papel importante dentro do contexto hospitalar, que é o do psicólogo, atuando na área da psico-oncologia pediátrica. A psico-oncologia é um campo de trabalho que atua juntamente com a equipe multiprofissional, para facilitar o andamento do tratamento mais adequado desde a etapa do diagnóstico, até o processo de morte, fazendo o acompanhamento regular da criança e da família. O profissional de psicologia, também realiza intervenções psicológicas essenciais para auxiliar na elaboração do luto, tanto com a criança quanto com os pais e/ou responsáveis. No ambiente hospitalar, a psicologia é responsável por três eixos, que simbolizam a sua atuação-intervenção, formação e investigação (RESENDE; ARAUJO, 1999 apud ARAUJO, 2006).

Segundo Oliveira e Paz (2015), o psicólogo hospitalar que atua na oncologia pediátrica norteia a sua atuação para fatores psicológicos da criança no contexto da hospitalização, cabendo-lhe também desenvolver recursos de enfrentamento para os familiares, a equipe e para todos que estão envolvidos direta e indiretamente com a criança hospitalizada. Dessa forma, há o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, visando o cuidado com a saúde mental.

Sendo assim, o objetivo desse artigo foi contribuir para o entendimento da atuação da psicologia hospitalar no âmbito da oncologia pediátrica, ressaltando impactos do processo para o paciente, família e equipe interdisciplinar.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura, trata-se de uma pesquisa bibliográfica ampla, que apresenta e discute uma determinada temática. Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizadas algumas bases de dados, sendo estas a Biblioteca virtual de saúde (BVS), Scielo e Pepsic. Os termos de busca da pesquisa foram: Psicologia Hospitalar, Câncer infantil, Pediatria, Família e Equipe Multidisciplinar.

Buscou-se nas referidas bases de dados trabalhos do Brasil, oriundos de pesquisas baseadas em métodos quantitativos ou qualitativos, que abordaram a temática da “atuação do psicólogo hospitalar”, “pediatria oncológica”, “família da criança com câncer” e “equipe multidisciplinar”. Além dessas chaves, foram utilizadas em conjunto “psicologia hospitalar na

pediatria oncológica”, “câncer na infância”, “psicologia hospitalar com família” e “psicologia hospitalar com a equipe multidisciplinar”.

A busca foi realizada entre os meses de março e maio de 2018. Para exploração dos artigos encontrados, foi realizada a leitura dos resumos, sendo encontrados 28 artigos relacionados com a temática, considerando os critérios de inclusão e exclusão, publicados entre o ano 2000 e 2018. Os critérios de exclusão das publicações analisadas foram: pesquisas que não abordavam a temática da atuação da psicologia hospitalar no contexto da oncologia pediátrica, com a família do paciente e equipe. Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados os artigos que discorriam sobre a atuação do psicólogo hospitalar na oncologia pediátrica juntamente com paciente, família e equipe. Sendo assim, apenas 18 artigos atenderam aos critérios de inclusão mencionados. Diante disso, com base nesta busca, observou-se que a temática ainda é escassa e precisa ser mais aprofundada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme Santos e Custódio (2017), o câncer é uma doença que causa além da dor e de outros desconfortos físicos, impactos tanto de ordem psíquica como também social e econômica para o indivíduo e familiares. No Brasil, o câncer é considerado a segunda maior causa de mortalidade entre crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos, tornando-se um problema de saúde pública. Diante dos inúmeros tipos de câncer que podem acometer a criança, o mais habitual na infância e na adolescência é a leucemia, que se caracteriza por células que afetam os glóbulos brancos do sistema nervoso central e os linfomas, que danificam o sistema linfático.

A leucemia é o tipo mais comum entre menores de 15 anos, especialmente a leucemia linfocítica aguda (LLA). O segundo tipo mais freqüente são os tumores do sistema nervoso central, que têm como seus tipos mais comuns o astrocitoma e o medulo blastoma; esses dois tipos são mais predominantes no sexo masculino, e ocorrem principalmente em crianças menores de 15 anos, com uma grande elevação quando chega à idade de 10 anos, sendo representado por cerca de 20% dos tumores infantis. Já os linfomas são responsáveis pelo terceiro tipo mais freqüente de neoplasias malignas pediátricas (VALLE; RAMALHO, 2008; MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010 apud SANTOS, SILVA; CUSTÓDIO, 2017).

Porém, sabe-se que diante dos avanços da tecnologia, dois terços desses cânceres são curáveis, se o diagnóstico for precoce e o tratamento aderido for adequado ao tipo de câncer,

o controle da doença se torna uma realidade. Contudo, o câncer infantil perdeu sua qualidade de doença aguda e fatal, passando a ter características de doença crônica e com grande possibilidade de cura.

O tratamento do câncer infantil perpassa por três modalidades principais: a quimioterapia, que é o uso de substâncias químicas para o tratamento de doenças causadas por agentes biológicos; a radioterapia, que é o uso de radiações ionizantes; e a cirurgia. Cada parte do tratamento é aplicada de forma individual, de acordo com a necessidade e extensão da doença. Lopes, Camargo e Bianchi (2000) ressaltam que é pouco provável que a criança passe ilesa pelo tratamento. Por mais que a taxa de sobreviventes tenha aumentado consideravelmente, o tratamento causa comprometimentos físicos, como problema de crescimento e hipotireoidismo, devido à radioterapia, insuficiência renal, cardiomiopatia e perda de audição, devido à quimioterapia. Observa-se que de 3% a 12% das crianças podem desenvolver novos tumores nos primeiros 20 anos, considerando que quem tem histórico de câncer na infância corre maior risco de desenvolver um segundo câncer em relação à população geral.

Contudo, Santos e Custódio (2017) referem que após o término do tratamento, a criança submetida a todas as fases ainda continua retornando ao hospital com frequência, em especial dentro dos dois primeiros anos. As chances de recaída nesse período são bem frequentes, porém com o passar do tempo essas chances vão cada vez mais diminuindo. Esses retornos servem para identificar se a doença está controlada e para verificar e recordar os possíveis danos causados pelo tratamento. Diante da evolução do tratamento, os pacientes podem viver mais tempo com a doença, podendo controlá-la e reverter os sintomas.

Menezes e outros (2007) discorrem que quando a criança adoece de câncer, sua vida e a sua família passa por uma transformação rápida e intensa. Do ponto de vista existencial, “o adoecer é uma possibilidade, e sendo um fato real que pode surgir a qualquer momento da vida do ser humano, podemos concebê-lo como algo que faz parte da natureza humana” (VALLE; FRANÇOSO, 1997apud MENEZES et al., 2007, p. 195). De um dia para o outro, a criança se vê num leito de hospital, um lugar desconhecido, cercada por pessoas estranhas, submetidas a inúmeros exames invasivos e dolorosos. A criança tem a sua rotina rompida drasticamente, ameaçada pelo acontecimento que abala inúmeros fatores da sua singularidade, a família que acompanha essa travessia dolorosa e sofrida, como baterias de exames feitas rotineiramente, hospitalização, boletins da equipe de saúde, códigos do ambiente hospitalar, dentre outras situações desconhecidas.

O câncer infantil e seu tratamento têm um impacto sistêmico sobre a organização familiar, que a torna vulnerável ao sofrimento psíquico, e atinge não apenas a criança, como também seus cuidadores. Lopes e Valle (2001 apud MENEZES et al 2007) apontam a realidade assustadora do hospital, passando por diversos procedimentos invasivos, a criança precisa de um apoio emocional, que a deixe mais segura e confiante diante de qualquer situação. Os pais e/ou responsáveis têm esse papel de suporte emocional. No entanto, eles ficam mais fragilizados por entender com mais profundidade sobre a doença. A princípio, o diagnóstico já desencadeia reações de choque entre pais e/ou responsáveis, que acabam sofrendo intensamente, fazendo questionamentos a si próprios, se responsabilizando pela doença da criança e que, por diversas vezes, acabam produzindo o luto antecipatório. Este tipo de luto é o ensaio para acontecimentos, fazendo parte de um processo de enlutamento, quando se tem a consciência da realidade da perda, que na oncologia pediátrica, pode se iniciar com os cuidados paliativos.

O termo cuidados paliativos, diante a (OMS, 2002 apud INCA, 2018) é uma atenção promovida por uma equipe multidisciplinar com o intuito de fornecer uma “boa morte”, fazendo procedimentos para o alívio de dor, permitindo também que o paciente tenha aspectos psicológicos, sociais e espirituais preservados e juntamente com a equipe multidisciplinar e interdisciplinar oferecer suporte psicossocial para paciente e família no processo de luto, garantindo sempre a melhor qualidade de vida para o paciente. Contudo, diante ao processo de hospitalização e todo suporte psicológico aos familiares é possível observar o cansaço físico e psíquico pela rotina intensa de exames, tratamentos e internações que são obrigados a acompanhar.

Com isso, a relação família-criança passa por alterações, é bem comum ouvir dos pais e/ou responsáveis que está sendo difícil administrar a doença do filho, alguns comportamentos são de dificuldades expressas por extrema preocupação, ou pela dificuldade de assumir a responsabilidade demandada. Para Gimenes (1992) apud Menezes (2007), o modo de enfrentamento da doença utilizado pelos pais e/ou responsáveis é, em parte, determinado pelas suas histórias de experiências passadas, valores e crenças pessoais, mas depende também dos recursos sociais disponíveis na comunidade para lidar com algum evento estressante.

Dada a complexidade da doença para a família e criança, o tratamento deve ser abrangente, exigindo atenção não só para as necessidades físicas, como também para as

demandas psicológicas e sociais do paciente, incluindo a participação ativa da família (COSTA; LIMA, 2002 apud NEVES, 2016).

Gurgel e Lage (2013) descrevem que a presença do profissional de psicologia no hospital pediátrico é essencial desde o primeiro momento da família e do paciente na unidade. A demanda dos familiares é existente e perceptível aos olhos do psicólogo, dando a oportunidade de intervenção nos diversos momentos da hospitalização.

Diante das minúcias do câncer infantil, que em sua maioria é diagnosticado “tardamente”, o intervalo do diagnóstico para internação/tratamento é curto e os pais precisam tomar decisões rápidas sobre longos tratamentos invasivos, dolorosos e que limita a vida do paciente. Valle (2010) apud Gurgel e Lage (2013) refere que o diagnóstico deve ser informado à família e à criança pelo médico responsável. Contudo, a equipe deve respeitar a posição da família em não contar para criança sobre a doença. No entanto, é de extrema significância ressaltar sobre a importância de o paciente ter conhecimento, pois esconder procedimentos que causam dor tende a provocar angústia, ansiedade, medo e desconfiança. Entretanto, conhecer os procedimentos, a doença e os efeitos colaterais da doença e do tratamento ajuda a diminuir tais sentimentos.

Há questionamentos acerca da compreensão da criança em relação à sua condição. Sendo assim, há dúvidas sobre quando se deve falar ou não, além da escolha do momento adequado para essa comunicação. Segundo Torres (1999) apud Gurgel e Lage (2013), a comunicação sobre a morte deve ser aberta e honesta, respeitando a capacidade emocional e intelectual do paciente. Falar com criança sobre morte tem paradigmas, porém a atuação do psicólogo contribui com a desmistificação e diminuição da negação e do pavor que a possibilidade de morte provoca, ajudando a criança a encontrar meios de enfrentamentos diante da situação e mediando espaços para falar sobre seus medos e fantasias.

Quando se trata de criança hospitalizada com câncer, é necessário que seja identificado o membro familiar mais próximo, chamado de cuidador, para que possa ter uma comunicação com a equipe e que esteja presente para qualquer intervenção. Em sua grande maioria, esse cuidador é a mãe do paciente. Isso demanda uma reorganização em casa, onde os papéis são modificados e passam a ser ocupados pelo pai ou outros filhos. Essa mudança de papéis geralmente provoca vulnerabilidade psíquica, desorganizações com níveis de estresse elevados, angústias, medos, desde a fase inicial até a solução do problema. Valle (2010) apud Gurgel e Lage (2013) afirma que conhecer sobre a doença, os procedimentos e o tratamento ajuda a diminuir o medo e a ansiedade. Com isso, é importante que a equipe fique

atenta para que a hospitalização seja mais fácil, possibilitando espaços para esclarecimentos de dúvidas e acolhimento.

Diante dos fatores que geram estresse para a família e para o paciente, existem também situações que geram estresse para os profissionais, a dificuldade de incluir pacientes em alguns procedimentos, como os cuidados paliativos é um dos fatores que podem gerar mais estresse. Ao sentirem que a morte da criança está se aproximando, a equipe pode demonstrar, de acordo com Cardoso (2007) sentimentos de impotência e incapacidade, diante da morte de uma criança. Muitos profissionais apresentam dificuldades para lidar com essa situação e acabam se afastando da família e do paciente.

Diante dos sentimentos de impotência, os profissionais também podem criar situações, como a elaboração de explicações sobre a doença para o paciente, com o intuito de diminuir a angústia, portanto isso pode causar mais confusão e dificultar em alguns processos na hospitalização, como a morte. Com isso, a atuação do psicólogo na equipe pode ser dada formal ou informalmente, facilitando o diálogo com a equipe e permitindo espaços para escuta e redução da angústia.

Contudo, apesar dos inúmeros tratamentos avançados, ainda é grande o número de óbitos de crianças com câncer. Com isso, quando a morte se torna fator real na vida dos pais, o estresse se torna mais elevado, sendo necessário elaborar o luto. No caso de pais e/ou responsáveis com filhos que tenham diagnóstico de doença fatal, o enlutamento pode ter início a partir da informação do diagnóstico; se concretizando a partir da relação e do vínculo. Para cada família existe uma forma de vivenciar o luto, sendo inicialmente impossível esquecer o fato:

O esquecimento é rejeitado porque, no início do processo, há a intensa necessidade de manter vivo o morto, por meio de lembranças, tentativas de contato, tendo o esquecimento o significado de esvaziamento, antes da possibilidade de se estabelecerem novas relações. (BROMBERG, 2000 apud GURGEL E LAGE, 2013, p. 93).

No momento de angústia, acolhimento e apoio psicológico mostram-se fundamentais para o processo de auxílio familiar com a dor e ressignificação da experiência de perda, de forma a prevenir e/ou superar a exacerbação das reações emocionais, o que pode desencadear prejuízos marcantes para a saúde mental do indivíduo enlutado. O sofrimento tende a persistir por anos, e pode até mesmo se intensificar com a passagem do tempo. O papel do psicólogo na oncologia pediátrica pode ter uma diferença considerável no apoio diante do sofrimento



psíquico da criança e seus acompanhantes. Conforme Oliveira e Paz (2015) existem um sentimento de desamparo perante a família, pois o novo cenário demanda várias indicações

Para Teixeira e Pires (2010), o psicólogo no cenário da psico-oncologia deve defender as propostas que alcancem as necessidades do paciente e seus familiares, como auxiliar na manutenção do bem estar psicológico. Desta forma, o paciente tem suporte emocional para enfrentar a doença e o tratamento. Assim, o objetivo do psicólogo na oncologia é a minimização dos efeitos trazidos pelo câncer e seu tratamento, além de contribuir para que o paciente possa compreender os aspectos simbólicos da doença, possibilitando a ressignificação do processo.

Quanto ao aspecto físico da doença, o psicólogo não tem muito a fazer, mas no que diz respeito à saúde mental, o profissional de psicologia tem um papel diferenciado na equipe multidisciplinar, trabalhando com o paciente e família seus estados emocionais na aceitação da doença, da hospitalização e tratamento. No entanto, não menos significante, quando o individuo chega aos níveis de cuidados paliativos, entende-se que não há mais o que ser feito, porém, a psicologia entende que ali existe um ser com subjetividade e individualidade. Assim, tanto para familiares quanto pacientes, é ofertado pelo profissional de psicologia uma atenção especial, a fim de promover um equilíbrio psíquico e emocional.

## **CONCLUSÃO**

Observa-se que a atuação do psicólogo no hospital no contexto do câncer infantil é de extrema importância para a tríade paciente-família-equipe. A psicologia tem um olhar diferenciado, auxiliando no processo de adoecimento, oferecendo suporte necessário para a criança adoecida, seus familiares/responsáveis e equipe de saúde, favorecendo maior conforto e segurança para enfrentamento da doença e suas repercussões. Vale salientar que o acolhimento psicológico com a criança envolve compreender o seu adoecimento e os impactos causados em seu corpo.

O psicólogo pode e deve usar ferramentas lúdicas para trabalhar com a criança, ainda que o ambiente hospitalar cause angústia e sofrimento psíquico. É importante promover uma comunicação ativa e clara com a família e com a equipe, visando à criança adoecida, ofertando a escuta e o acolhimento que podem proporcionar maior conforto no processo de diagnóstico, tratamento, recuperação ou até mesmo no luto. A psicologia hospitalar atua nesse contexto, tornando-se fundamental frente ao processo do adoecer de uma criança com câncer.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Tereza C. C. F. Câncer Infantil: intervenção, formação e pesquisa em psico-oncologia pediátrica. **Psicol. Hosp.**, v. 4, n. 1. São Paulo, 2006.

BORGES, João. B. R; LOGGETTO, Sandra; GIATTI, Milzen, J. L; CAMARGO, Ana C.M;PEREIRA, Alice. C. P; MIAZAKI, Aline. P;SANTOS, Thais. A; Caracterização das pacientes, na infância e adolescência, portadoras de Câncer no Município de Judiaí e Região. **Rev. Bras. Câncer**, v. 55, n. 4. São Paulo, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Tipos de câncer infantil. Câncer Infantil** [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>> Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016/2017. **Dia Nacional de Combate ao Câncer**. Rio de Janeiro (RJ): INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dia-nacional-combate-cancer.asp>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Tratamento. Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)> Acesso em 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Câncer. O que é o Câncer**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2018. Disponível em <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?Id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?Id=322)> Acesso em 14 abril 2018  
CARDOSO, Flávia T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Rev. SBPH**, v. 10, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.

CAVICCHIOLI, Aline. C;MENOSSI, Maria. J; LIMA, Regina. A.G; Câncer Infantil: O itinerário diagnóstico. **Rev. Latino-am enfermagem**, v. 15, n. 5, São Paulo, 2007.

GURGEL, Luciana. A; LAGE, Ana. M.V. Atuação psicológica na assistência à criança com câncer: da prevenção aos cuidados paliativos. **Rev. Psicologia Fortaleza**, v. 4, n. 1, Fortaleza, 2013.

LOPES, L; CAMARGO, B; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. **Rev. Ass. Med. Brasil**, v. 46, n.3, São Paulo, 2000.

MENEZES, Catarina. N.B; PASSARELI, Paola. M.; DRUDE, Fernanda. S; SANTOS, Manoel. A; VALLE, Elizabeth. R. M; Câncer infantil: organização familiar e doença, **Rev. Mal-estar Subj.**, v. 7, n. 1, Fortaleza, 2007.

NEVES, Amanda et al. **A importância do apoio familiar para pacientes com câncer**, 2016. Disponível em:<<https://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-apoio-familiar-para-pacientes-com-cancer/143691>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

OLIVEIRA, Ivone. A; PAZ, Eduardo. O; Atuação do psicólogo junto ao paciente oncológico infantil e seus familiares. **Rev. Cien. Faema**, v. 6, n. 1.2015.

PSICOLOGIA, PT. **Psico oncologia pediátrica e desenvolvimento**: considerações teóricas sobre o adoecimento e os lutos decorrentes do câncer infantil, 2017. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1130.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2018.

PSICOLOGIA, PT. **A doença crônica e o adolescer**: efeitos do adoecimento e do câncer no desenvolvimento do adolescente, 2017. Disponível em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1160.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

ROTHER, Edna T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 6-7. 2007.

SILVA, Shirley. S; AQUINO, Thiago. A.A. SANTOS, Roberta. M; O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. Bras. Ter. Cog**, v. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, Elizabeth. B; PIRES, Eliana. F; Psico-oncologia: Proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. **Rev. Saúde**, v. 4, n. 1, São Paulo, 2010.